

PENAL DE SANTO DOMINGO, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO: CARCEL Y PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

Carlos Madariaga, Psiquiatra
Alejandro Guajardo, Terapeuta Ocupacional
CINTRAS
Patricia Herrero, Enfermera¹

Desde hace tres años, CINTRAS desarrolla al interior de los penales un quehacer que armoniza una labor psicoterapéutica y otra solidaria, intentando contribuir al proceso reparador de la salud mental de centenares de presos políticos.

Se trata de ciudadanos que desde diferentes opciones políticas jugaron un rol muy determinante durante todo un período histórico, en el que se crearon las condiciones para el término de la dictadura militar. Después de un primer momento de detención, tortura e incomunicación fueron distribuidos en las diferentes cárceles del país y sometidos a desastrosas condiciones de subsistencia.

En el actual período de construcción democrática aún permanecen encarcelados alrededor de trescientos presos políticos, paradójica situación heredada desde la dictadura y que exige una urgente resolución en términos de una inmediata puesta en libertad.

Tal determinación es condición para un desarrollo democrático verdadero. Graves procesos de estigmatización y mistificación han despersonalizado al sujeto que hay tras cada luchador social, al punto que ha penetrado la conciencia cotidiana de muchos chilenos la imagen de un individuo demonizado que inspira rechazo social. El sentido humanista que ha sido propuesto como valor fundacional de la transición democrática es susceptible de una objeción de fondo si no logra prevalecer sobre ideologismos estrechos y sucumbe ante el desafío de restablecer el carácter esencialmente ético de la conducta social del preso político. Esta es una aspiración de alta trascendencia reparatoria en el plano psicosocial.

Datos generales aportados por los diferentes equipos jurídicos del área de derechos humanos nos indican que actualmente permanecen encarceladas a lo largo del país 260 personas. Cerca de la mitad son jóvenes menores de 30 años de edad. La gran mayoría tiene un nivel educacional superior, son profesionales o tienen un oficio ya desarrollado. Un dato significativo es el hecho de que 19 son mujeres, un aspecto muy poco difundido de esta realidad. En la ciudad de Santiago ellas están concentradas en la cárcel de Santo Domingo, un inhóspito y vetusto edificio de tres pisos ubicado en pleno centro de Santiago. Al igual que para todos los prisioneros políticos, su ingreso al penal ha sido precedido por una dramática antesala de sufrimiento y dolor. Todas han sido torturadas, han padecido largos períodos de incomunicación y aislamiento, han sido privadas de libertad por largos años y hoy enfrentan la expectativa de libertad con contradictorios sentimientos de frustración, incertidumbre y esperanza.

El presente trabajo tiene una finalidad: rescatar la faceta humana doliente del preso político, el costo personal de su compromiso social, el síntoma, la enfermedad o el conflicto psíquico, y su contrastación con un proyecto histórico-vital ininterrumpido por la experiencia traumática, hecho que pone de manifiesto el rol de la personalidad y de la conciencia social como áreas decisivas en la derrota del intento destructor de la persona humana.

¹ Presa política, encargada de salud de la organización de presas políticas del penal de Santo Domingo en el período del estudio.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

El acontecimiento represivo desencadena con el encarcelamiento prolongado una verdadera catástrofe biográfica y vivencial: la pérdida de la libertad. No se trata de una pérdida cualquiera sino de un duelo que pone en drástica situación de crisis la existencia personal. Junto con el estrechamiento de los espacios vinculares en el exterior y con la pérdida de la posibilidad de decidir, se desata un proceso global que compromete a la unidad biopsicosocial del sujeto. A las variadas formas de daño somático se suman: un plano psicológico vulnerado en ocasiones más allá de lo tolerable, una acentuación de los mecanismos de defensa del yo que traducen los esfuerzos compensatorios de supervivencia y, en fin, un grave deterioro de los vínculos de pertenencia tanto grupales como familiares.

Hemos señalado que la tortura precede a la cárcel. Este es el primer incidente psicotraumático con el que se inicia el despojo de la personalidad del sujeto, su cosificación. La tortura genera una situación paradójica y doblavinculante en la que la víctima es puesta ante la bipolaridad de opciones igualmente destructivas y es exigida a decidirse por una de ellas. El carácter altamente desestructurante de esta vivencia se mantiene habitualmente latente durante todo el tiempo de encarcelamiento.

El régimen carcelario hasta marzo de 1990 negó sistemáticamente las posibilidades de un acceso oportuno del psicoterapeuta al trabajo de la experiencia traumática con el afectado, lo que en muchos casos impidió su abreacción, facilitando así su estructuración como un núcleo psicoactivo de alta patogenicidad. Se impidió la toma de distancia del sujeto frente a lo vivido y, por ende, su elaboración reparadora.

Las condiciones materiales de los recintos de reclusión han contribuido también a la cronificación del daño: edificios viejos y deteriorados, fríos, insalubres, mal adaptados al número de detenidos, etc. La cotidianidad carcelaria ha estado sembrada de amenazas, provocaciones, allanamientos periódicos y castigos de las fiscalías militares.

A través del tiempo va cristalizando un progresivo deterioro de los aspectos psicoemocionales tanto grupales como individuales, lo que se expresa inevitablemente en relaciones interpersonales conflictivas y polarizadas, complicaciones en los vínculos familiares y con los grupos de pertenencia, tendencia al aislamiento, desconfianza, daño de la autoestima, etc. Por una parte, la cárcel se transforma en un eficaz instrumento de fijación del trauma de la tortura, y por otra, añade nuevas experiencias sufrientes que tonifican la anterior dando a la situación en su conjunto un carácter de estado de amenaza vital persistente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De lo anterior se deduce que no es posible resolver terapéuticamente el conflicto psicológico y el daño mientras la persona permanece detenida. El problema de la libertad adquiere ribetes pronósticos respecto de los procesos psicológicos desencadenados o agravados durante la privación de ella. En tales condiciones resulta de interés estudiar una de las modalidades del daño, aquella en la cual el conflicto represivo participa en la perturbación del equilibrio biológico del sujeto afectando su corporalidad. Nuestra práctica clínica intracarcelaria está invadida de síntomas orgánicos; esto nos lleva a preguntarnos ¿de qué manera la experiencia represiva propicia la aparición de problemas somáticos? Si resulta claro que la situación de stress prolongado compromete necesariamente la unidad biopsicosocial del sujeto ¿cómo se expresa esto es el cuerpo? Una gran cantidad de trastornos psicósomáticos, cuadros orgánicos y síntomas funcionales acumulados en nuestra casuística nos ha motivado a indagar el fenómeno de una aproximación descriptiva de esta realidad.

III. METODO

Hemos recurrido para el presente estudio a las presas políticas de la cárcel de Santo Domingo, penal en el que el equipo CINTRAS desarrolla su labor terapéutica con dos médicos psiquiatras, cada uno con una asignación de cuatro horas semanales. El trabajo ha sido elaborado en colaboración con el grupo de salud de las detenidas, que está a cargo de una enfermera universitaria. Intentamos pesquisar y describir los trastornos somáticos más frecuentes aparecidos durante el período carcelario y confrontarlos con el dato mórbido personal y familiar previo a la pérdida de libertad.

La modalidad de trabajo consistió en entrevistas personales y consultas al material de registro del equipo de salud. El estudio se realizó entre los meses de enero y marzo de 1990, momento en que permanecían prisioneras 32 mujeres; seis de ellas fueron puestas en libertad durante el estudio.

Gran parte de las patologías estrictamente somáticas son atendidas por el equipo médico institucional, cuyos registros no estuvieron a disposición de nuestro estudio. El cuadro clasificatorio de las enfermedades pesquiasadas está determinado en forma anamnésica por los investigadores y en algunos casos por nuestro examen clínico. Debido a esta limitante técnica insalvable hemos optado por respetar en la clasificación tanto síntomas como trastornos más específicos.

IV. RESULTADOS

Se estudió un universo de 32 prisioneras, alrededor de 50% de ellas son menores de 30 años de edad. La corta edad de muchas, asociada al largo período de cárcel, hacen comprensible que la gran mayoría sean solteras (66,6%), según se desprende de los primeros cuadros estadísticos.

Es destacable la alta escolaridad de las mujeres. El 100% ha cursado enseñanza media y un tercio de ellas tiene estudios universitarios.

Cuadro N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
< 20	3	9,3
21 - 30	13	40,7
31 - 40	9	28,2
> 40	7	21,8
Total	32	100,0

Cuadro N° 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil	N°	%
Soltera	21	66,6
Casada	6	17,7
Separada y/o conviviente	5	15,7
Total	32	100,0

Cuadro N° 3**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD**

Estudios	N°	%
Sólo básicos	-	-
Medios	22	68,7
Universitarios	10	31,3
Total	32	100,0

El 71,8% tiene 3 o más años de privación de libertad y más de la mitad de ellas tiene más de 5 años de cárcel (12 casos). Esta altísima cifra tiene un correlato con el insólito número de casos que se encuentra aún en estado de sumario desde el punto de vista judicial, es decir, sin condena. Es de regla que cada proceso individual acumule varias causas lo que permite que, a pesar de haberse dictado condena en algunas de ellas, subsistan otras en estado de investigación, lo que para los efectos de las necesidades personales no atenúa el estado de incertidumbre.

Cuadro N° 4**DISTRIBUCION SEGUN TIEMPO DE DETENCION**

Tiempo en años	N°	%
< 1	1	3,1
1 - 2	8	25,0
3 - 4	11	34,4
> 4	12	37,5
	32	100,0

Cuadro N° 5**DISTRIBUCION SEGUN SITUACION PROCESAL**

Estado procesal	N°	%
Sumario	21	65,6
Condenada	5	15,6
Recupera libertad	6	18,8
Total	32	100,0

Diecinueve presas políticas (53,3%) tienen algún tipo de antecedente mórbido familiar significativo y 13 (40,7%) no lo presentan. Las patologías más predominantes se hallan en la línea de los padres y comprenden diabetes mellitus (8), cardiopatía coronaria (3), asma bronquial (3), hipertensión y cáncer (2). Se pesquisaron 21 enfermedades en los 19 grupos familiares investigados.

Cuadro N° 6**DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES**

Antecedentes mórbidos	N°	%
Maternos	8	25,0
Paternos	4	12,5
Ambos padres	3	9,3
Otros familiares	4	12,5
Ausentes	13	40,7
Total	32	100,0

Cuadro N° 7**TIPO DE ENFERMEDADES PESQUISADAS EN FAMILIARES**

Enfermedad	N° de casos
Diabetes mellitus	8
Cardiopatía coronaria	3
Asma bronquial	3
Hipertensión arterial	2
Cáncer	2
Otros	3

La pesquisa de antecedentes mórbidos nos muestra que para el período previo a la detención 18 mujeres (56,2%) habían presentado algún tipo de enfermedad, cifra que asciende a 31 (96,8%) una vez encarceladas.

Durante el período previo a la detención priman trastornos hematológicos, endocrinos e infecciosos, es decir, cuadros con fundamento orgánico manifiestamente predominante. En los 18 casos afectados se pesquisa sólo 20 enfermedades. Una vez iniciada la vida carcelaria se pesquisa 103 trastornos en los 31 casos con reporte positivo de enfermedad; sólo un caso refiere no haber presentado trastorno alguno. Hay ahora un fuerte predominio de las afecciones psicósomáticas y funcionales.

Cuadro N° 8**ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES**

Previos a detención		Durante período carcelario	
N°	%	N°	%
18	56,2	31	96,8

Cuadro N° 9**DISTRIBUCION DE TRASTORNOS MEDICOS PESQUISADOS PREVIO A DETENCION (18 CASOS)**

Tipo de enfermedad	N° casos	%
Trastorno hematológico	4	27,1
Displasia mamaria	2	11,1
Trastorno biliar	2	11,1
Várices	2	11,1
Asma bronquial	2	11,1
Enfermedad reumática	2	11,1
Otras	6	-
Total	20	

Cuadro N° 10

DISTRIBUCION DE TRASTORNOS MEDICOS PESQUISADOS EN PERIODO CARCELARIO (31 casos)

Tipo de enfermedad	N° casos	%
Osteoartralgia	17	54,8
Alergias de piel	14	45,1
Insomnio	12	38,7
Jaqueca	9	29,0
Trastorno menstrual	9	29,0
Precordialgia	6	19,3
Trast. Funcional digestivo	6	19,3
Cefalea tensional	6	19,3
Alopecia areata	5	16,1
Bruxismo	4	12,9
Asma bronquial	3	9,6
Otras	8	25,8
Total	103	

V. COMENTARIO

El grupo en estudio lo componen mujeres jóvenes, todas con un buen nivel educacional y cultural. Se caracteriza por presentar un nivel intelectual normal bastante homogéneo. El origen social es también similar, verificándose una pertenencia de clase que las sitúa entre los sectores obreros y las capas medias bajas. La experiencia traumática las sorprende en un período de plena integración social, tanto desde el punto de vista laboral como sociopolítico. Todas reconocen un compromiso político que aparece en correspondencia con un proyecto histórico vital con el que reflejan tanto una postura crítica del modelo de sociedad impuesto por la dictadura militar como el despliegue de sus propias utopías sociales.

Desde un punto de vista biográfico y del perfil caracterológico, el grupo registra una historia personal coherente con los datos señalados, siendo tal vez lo más destacable la persistencia del antecedente reiterado de represión política personal y familiar, los largos períodos de clandestinidad y amenaza vital, una sólida formación ideológica y una estructura de personalidad predominantemente esténica.

Es destacable el hecho que una prolongada situación de riesgo vital como la vivida por la mayoría en el período previo a su detención se haya acompañado de una notoria ausencia de enfermedad.

El abordaje específico de la tortura ha sido particularmente difícil, situación que reproduce nuestra experiencia en otros penales. La privación de libertad y la ausencia de apoyo terapéutico oportuno conspiraron en muchos de los casos para consolidar la cronificación de un núcleo traumático activo en torno de la vivencia del período inicial de detención. Se ha estructurado así un mecanismo psicológico que opera como generador de ciertas dinámicas y síntomas que perturban el proceso adaptativo a la realidad carcelaria.

Los largos y tortuosos procesos judiciales ligan constantemente a la persona con los tribunales militares. Las fiscalías son la representación real y no simbólica de los que torturaron su cuerpo y su mente; no pocas veces en el transcurso de alguna de las incontables citaciones a declarar han sido reconocidos los torturadores. Las

expectativas de libertad aparecen enrarecidas por la parcialidad de quienes juzgan, lo que genera frustraciones constantes. Sentimientos de rabia, impotencia, apatía e indiferencia irrumpen periódicamente desplazando la fantasía de la libertad. La propia puesta en libertad de una compañera produce muchas veces un efecto paradójico.

La patología familiar predominante nos parece con una cierta correspondencia con la prevalencia de morbimortalidad nacional: se trata de trastornos en su mayoría degenerativos orgánicos que operan como frecuente causa de muerte del adulto maduro, de tal forma que se explica su no reproducción en el grupo de estudio.

Es de gran relevancia el contraste producido entre una muy baja frecuencia de trastornos médicos con antelación a la experiencia traumática y su pesquisa es prácticamente el 100% de los casos a partir de la detención. La represión política se constituye en la variable que genera una situación enteramente nueva en el proceso salud-enfermedad homogeneizando en la casuística un estado de alta recurrencia de enfermedades. Mientras que previo a la detención sólo el 56,2% reporta algún tipo de trastorno, en el período siguiente lo hace el 96,8%. En el primer grupo de personas afectadas son reportados 20 trastornos por 18 casos (promedio 1,1) y en el segundo 103 trastornos por 31 casos (promedio 3,3). Este dato da cuenta de una situación profusamente denunciada por nosotros y otras instituciones que asisten a los presos políticos: la situación carcelaria, perpetuadora de la situación traumática, juega un significativo rol como elemento causal de los trastornos pesquisados; la larga permanencia en los penales constituye una forma de prolongación de la tortura y, por consiguiente, crea condiciones de alto riesgo de enfermedad.

Tal conclusión se reafirma al observar comparativamente el tipo de trastornos en ambos momentos biográficos del grupo. En el período pre carcelario prevalecen cuadros clínicos con una base orgánica predominante, algunos de ellos con determinación genética. En el segundo período cambian drásticamente las características de los trastornos, estableciéndose una dominancia muy significativa de las alteraciones psicósomáticas y funcionales. El comportamiento de estos trastornos es característico: irrumpen cíclicamente, muy ligados a situaciones de stress y en ocasiones "contaminan" a otros miembros del colectivo produciendo verdaderas reacciones en cadena.

La gran mayoría de las enfermedades reportadas - manifiesta o implícitamente - nos remiten a las vivencias traumáticas. El 54,8% de los casos informa de procesos dolorosos osteoarticulares; algunos de ellos son manifestaciones sintomáticas de secuelas físicas de la tortura, otros corresponden a estados tensionales que comprometen el aparato músculo-ligamentoso o a vicios posicionales secundarios a una autoimagen personal dañada. Las alergias de piel son preferentemente del tipo rush urticarial o prurito psicógeno, tienen una gran recurrencia y siempre van unidas a períodos de ansiedad; con frecuencia se acompañan de grataje e infección secundaria.

El 38,7% padece de alteraciones del sueño, principalmente insomnio. En su gran mayoría el síntoma va unido a una exacerbación de la actividad onírica del tipo pesadillas; en ellas se reviven momentos de tortura o se evoca con angustia la realidad extracarcelaria y la libertad.

Los trastornos más clásicamente psicósomáticos pesquisados, tales como la jaqueca, alopecia areata, bruxismo, asma bronquial y alergia, se han generado dentro del penal y evolucionan con gran refractariedad a los tratamientos indicados por el internista institucional. Este hecho nos orienta hacia otro aspecto complejo del problema, puesto que tiene relación con el pronóstico de estos trastornos. La persistencia de la experiencia traumática materializada en la entidad carcelaria y en la privación indefinida de la libertad, opera como un mecanismo cronificador del daño. Toda la conflictiva psicología subyacente a estas somatizaciones, de suyo

difíciles de reparar en un contexto más propicio, escapa al abordaje terapéutico acumulándose intrapsíquicamente. Sólo el síntoma corporal es expuesto - cual punta del iceberg - al accionar médico.

Si consideramos que alrededor del 70% de las presas políticas tienen más de tres años de cárcel y que es aún más incierta su fecha de término, es razonable presumir que al menos parte de la patología desencadenada en el período no será recuperada con la libertad. Este es otro hecho debidamente señalado por instituciones como la nuestra y apunta a destacar las limitaciones objetivas del proceso de reparación integral para las víctimas de las violaciones a los derechos humanos. No cabe duda, sin embargo, que la libertad es una condición imprescindible para cualquier aspiración terapéutica. Más aún, es ésta una carrera contra el tiempo, en la que es tarea de la sociedad ejercer una acción reparadora restableciendo el vulnerado derecho a la salud y a la vida de este grupo humano.

VI. CONCLUSIONES

1. Tortura y cárcel constituyen un continuum que altera gravemente el proceso salud-enfermedad del colectivo.
2. El daño generado tiende a su cronificación.
3. La libertad de las presas políticas es condición ética y terapéutica del esfuerzo reparador del daño.

Presentado en el II Seminario de la Región del Maule, Linares, 16 al 19 de enero de 1991 y publicado en el Libro "Derechos Humanos, Salud Mental, Atención Primaria: Desafío Regional". Colección CINTRAS.